卡内基山内鏡中心
對隱私事宜的患者同意及承認書
關於受保護的健康訊息的使用以及（或）披露用於治療、付款以及醫療作業

[患者姓名]_____，就此聲明在簽署本同意書時，我同意並承認以下條款：

1. 在我簽署本同意書以前，中心已將其隱私通告提供給我。通告描述了為中心能夠順利提供治療和正常醫療作業所必要使用以及（或）披露的我受保護的健康信息（"PHI"）。我理解將來我也可以要求查看隱私通告。中心還在我簽署本同意書前，向我解釋了我可以獲取隱私通告副本的權利，並鼓勵我在簽署前，仔細閱讀通告。中心保留根據相關法律更改其隱私通告中描述的隱私規則的權利。

2. 我理解、並認同中心將使用的以下兩种預約提醒方式：

    a. 明信片寄至我提供的地址；以及（或）；
    b. 致電到我的住宅処，並在我的留守電話上留言或讓接聽電話的個人傳達訊息。

3. 中心可能使用、並且（或）披露我的PHI（包含我的健康或病情狀況，以及提供給我的治療）以容許中心給我提供治療並且為該治療收款、及執行其具體醫療作業。

4. 我理解我有權要求中心限制我的PHI的使用或披露方式，不管是用於治療、付款還是醫療作業。但是，中心並不一定同意我要求的任何限制。如果中心同意要求的限制，該限制則對中心有約束力。

5. 我理解該同意書有效期為七年。我也理解我可以隨時為所有*未來*治療文本要求撤銷本同意書，並理解該撤銷行爲並不適用於任何中心根據本同意書已辦公事。我理解如何我在任何時候撤銷本同意書，中心有權拒絕為我提供治療。

6. 我理解如果我不簽署本同意書以證明我認同以上內容、以及在隱私公告中描述的訊息使用和披露，那麼中心不會為我提供治療。

我已閱讀並理解前述通告，並且我所有的疑問都以我可以理解的方式被解答，我對解答非常滿意。

_____ _____ ___/___/___

個人姓名（印刷體） 個人簽名 日期

_____ ___/___/___

法定代表人簽名（例如，法律代理人、未成年人的監護人或父母） 日期

證人：_____ 日期：_____/___/___